

DE L'ÉCLAMPSIE OU CONVULSIONS PUERPÉRALES.

On désigne sous le nom d'éclampsie, *Éclampsia parturientium*, du grec, *εχλαμψισ*, éclat de lumière, les convulsions épileptiformes dépendant de l'état puerpéral, c'est-à-dire celles qui surviennent chez les femmes enceintes, chez celles qui sont en travail ou récemment accouchées. Quoique les convulsions puissent encore se présenter dans l'état puerpéral, sous les formes hystériques, tétaniques et cataleptiques, nous croyons ne devoir en dire que quelques mots, pour nous étendre davantage sur celles qui se manifestent sous la forme épileptique, parceque les premières sont toujours peu graves, ont des symptômes beaucoup moins effrayants, et exigent à peu près le même traitement que celles qui sont épileptiformes. D'ailleurs les convulsions puerpérales sous la forme tétanique et cataleptique sont si rares, que M. *Dubois* lui-même n'a pas eu occasion d'en observer.

La fréquence de l'éclampsie, ou convulsions épileptiformes puerpérales, ne peut être établie d'une manière exacte, car les résultats statistiques obtenus dans différents pays et à diverses époques, présentent entre eux des variations énormes. En effet, d'après des tableaux statistiques dressés de 1829 à 1842 à la Maternité de Paris, et à la Clinique d'accouchements, cette maladie ne s'est montrée que 40 fois sur 12,500

femmes, ou une fois sur 1,250, tandis qu'à Dublin, la statistique a fourni 30 cas sur 1,600, c'est-à-dire un sur 500, différence énorme, dont aucune circonstance ne peut rendre compte.

Les causes de l'éclampsie doivent être divisées en prédisposantes et en occasionnelles ; parmi les premières il en est une essentielle et qui doit être rangée en première ligne, c'est l'état puerpéral, qui rend plus puissantes et plus énergiques toutes les autres causes qui, dans le cours ordinaire de la vie, prédisposent aux convulsions. Nous devons dire cependant que l'état puerpéral ne constitue la prédisposition à l'éclampsie que lorsqu'il est accompagné d'autres conditions qui développent la prédisposition à un plus haut degré. La première de ces conditions est certainement la primiparité, car, d'après un relevé fait par M. *Collins*, professeur d'accouchement à Dublin, il se trouvait 73 primipares sur 85 femmes atteintes d'éclampsie pendant la grossesse et l'accouchement. Néanmoins les femmes qui ont eu des enfants (1) sont également exposées à des convulsions puerpérales, mais elles ne le sont que par l'intervention d'autres causes que nous ferons connaître, et qui influent d'une manière directe sur la production des accidents. Les femmes primipares ne sont plus sujet-

(1) On a vu des femmes être prises de convulsions éclampsiques à la deuxième, troisième, quatrième, cinquième et même à la onzième grossesse.

tes à l'éclampsie que parce que chez elles l'utérus jouit d'une plus grande susceptibilité, et que d'ailleurs le travail est toujours plus long et plus douloureux. Parmi les causes prédisposantes de cette affection, on doit ranger encore la distension de la matrice par la présence de plusieurs fœtus, ou par l'accumulation d'une trop grande quantité d'eau qui coïncide presque toujours avec une diathèse séreuse et une infiltration considérable des membres inférieurs. Le tempérament sanguin, et surtout le tempérament lymphatique, avec œdème général ou partiel du tissu cellulaire, sont avec raison considérés par la plupart des auteurs comme étant des conditions essentielles à la production de l'éclampsie. L'influence isolée du tempérament nerveux est moins marquée que celle des états précédents ; mais le rachitisme très prononcé paraît avoir une influence très manifeste sur le développement de la maladie, car on observe plus souvent les convulsions éclampsiques chez les femmes rachitiques que chez celles qui sont bien conformées.

Un vice de conformation du bassin, une mauvaise position de l'enfant, une disproportion entre son volume et les parties qu'il doit traverser, enfin l'excès de sensibilité de la matrice, sont encore autant de circonstances qui prédisposent aux convulsions puerpérales.

On a également rangé parmi les causes prédisposantes de l'éclampsie, des conditions particulières de l'atmosphère. *Smélie, Désormeaux M^{me} Lachapelle,*

M. Bouteiller et quelques autres, ont observé que cette maladie règne quelquefois épidémiquement ? de même qu'elle peut être déterminée par l'imitation ou par la terreur causées par la vue d'une femme prise de convulsions, ce qui a été souvent constaté dans les maisons d'accouchement. On conçoit aussi que tout ce qui tend à exalter l'irritabilité générale peut constituer une prédisposition ; ainsi agissent les écarts des règles de l'hygiène dans l'alimentation et dans l'exercice d'autres fonctions ; l'usage des mets épicés, les goûts dépravés souvent satisfaits, les indigestions, l'abus du café, l'ivresse, l'abus du coït, surtout dans les derniers mois de la grossesse, l'abus des liqueurs alcooliques, l'impression des odeurs, l'usage des vêtements ou de corsets trop serrés, enfin l'effet des passions gaies ou tristes, des grands mouvements de l'âme.

D'après un certain nombre d'observations, il paraîtrait que l'éclampsie est plus rare chez les femmes pauvres de la campagne que chez celles de la classe aisée des villes, qui sont en général plus excitables et ont un tempérament nerveux et plus actif. Il est bon de dire cependant que c'est surtout dans les hôpitaux des grandes villes qu'on observe les convulsions puerpérales, et par conséquent dans la classe peu fortunée qui, du reste, partage la prédominance nerveuse des femmes riches et qui, de plus, se trouve dans de très-mauvaises conditions hygiéniques.

Les causes prédisposantes ne déterminant pas né-

cessairement l'état convulsif épileptiforme, et ne faisant que mettre l'économie dans des conditions favorables à sa production, il est donc besoin qu'il intervienne des circonstances occasionnelles pour que cet état se manifeste.

Parmi ces dernières, on doit ranger en première ligne les douleurs qui accompagnent les contractions de la matrice pendant le travail de l'accouchement. Aussi l'éclampsie a-t-elle lieu le plus souvent au moment où la tête franchit le col de l'utérus et la vulve, c'est-à-dire lorsque les douleurs ont atteint leur summum d'acuité. C'est surtout lorsque les douleurs se prolongent et ont une persévérance insolite, déterminée par un obstacle au travail, tel que la rigidité, la dureté, l'état spasmodique du col, la dureté insolite des membranes, un cancer de l'utérus, l'occlusion et la coarctation anormale du museau de tanche, un calcul et la plénitude extrême de la vessie, un polype ou une tumeur dans l'excavation pelvienne, la rupture de l'utérus, et la déchirure de son col; enfin, la grosseur disproportionnée ou la mort du fœtus, sa mauvaise position, une grossesse double, et toutes les manœuvres nécessaires pour opérer la version ou appliquer le forceps. Nous devons ajouter encore que des impressions morales vives, telles que la colère, la contrariété, la frayeur et la joie, peuvent devenir, dans cette période, des causes déterminantes de l'éclampsie.

M. *Burns*, médecin anglais, regarde comme cause immédiate de cette affection la compression des nerfs sacrés soit par la tête du fœtus, soit par le forceps; ce qui prouverait qu'il peut y avoir souvent quelque chose de vrai dans cette opinion, c'est que l'éclampsie a lieu très-fréquemment lorsque la tête est en position occipito-postérieure. Du reste, nous pensons que la cause déterminante de l'éclampsie dans le cours de la grossesse, est le résultat d'une réaction sympathique exagérée de l'utérus sur le système nerveux. Quoi qu'il en soit, les convulsions qui ont lieu pendant la gestation peuvent produire l'avortement, ou bien faire mourir le fœtus et occasionner un accouchement prématuré. Le travail, dans ce cas, s'opère plus tôt et plus rapidement qu'à l'ordinaire, et presque toujours à l'insu des malades, qui semblent ne ressentir aucune douleur ou du moins qui, dans quelques cas, ne les annoncent que par une sorte de grognement sourd.

L'état convulsif puerpéral peut aussi être déterminé après l'accouchement, par la présence de caillots de sang, de débris du placenta ou de fausses membranes dans la matrice. Dans ce cas, les accidents convulsifs suivent les douleurs expulsives; ils peuvent aussi être produits par des lésions et des déchirures de l'utérus, par l'exposition au froid et la marche trop prompte après l'accouchement, et quelquefois la métrite et la péritonite qui déterminent la

suppression des lochies, qui n'est qu'un symptôme qu'on a regardé à tort comme pouvant être la cause de l'éclampsie. Il en est de même de l'hémorrhagie après l'accouchement, qui produit des accidents convulsifs, mais qui sont d'une autre nature que ceux dont il est question. Les signes précurseurs de cette affection sont aussi nombreux que variés, mais quelquefois si légers, qu'on y apporte peu d'attention. Ils consistent dans une douleur fixe de la tête, avec troubles de l'intelligence, de la sensibilité et de la mobilité; un malaise extrême, des éblouissements, des vertiges, des hallucinations; diminution de la vue et de l'ouïe, embarras dans les idées et dans la parole, fixité et agitation successives des yeux, dilatation des pupilles, frémissements des membres et accompagnés de légers mouvements convulsifs des muscles de la face, qui est alors un peu tuméfiée et plus ou moins colorée; souvent ces prodromes sont suivis de vomissements, de déjections fécales involontaires et de vives douleurs à l'épigastre; quelquefois cependant l'attaque survient sans signes précurseurs apparents.

L'accès s'annonce par des symptômes qui lui sont propres: la femme est alors très agitée et d'une indocilité extrême, la face prend une teinte bleuâtre ou violacée; le regard devient fixe, le globe de l'œil se porte sous la paupière supérieure; les ailes du nez s'élèvent, les commissures des lèvres se tirent en arrière, le menton est plus pointu, enfin tous les

traits ont l'apparence de ceux d'un satyre. En même temps, le tronc se raidit, les membres se contractent, les doigts et les poings se ferment convulsivement, la tête se renverse en arrière; la bouche qui s'entr'ouvre laisse sortir la langue qui est pendante au dehors. Les avant-bras sont fortement tendus, et dans une pronation excessive; les jambes sont étendues sur les cuisses, le pied sous les jambes et les orteils sont fléchis; le corps, qui se renverse, semble souvent ne reposer sur le lit que par ses deux extrémités, l'occiput et les talons; enfin les dents se rapprochent et se serrent de manière que la langue est souvent profondément mordue. Une remarque à faire, c'est qu'ordinairement un côté du corps est plus convulsé que l'autre; mais toujours les mouvements sont peu étendus et ne consistent que dans une sorte de tremblement, ce qui distingue surtout les convulsions éclampsiques des convulsions hystériques, qui, au contraire, sont caractérisées par des mouvements étendus et énergiques.

Pendant l'accès, la respiration, qui est d'abord rapide, saccadée, se suspend lorsque les muscles ne se prêtent plus à la dilatation de la poitrine ou quand la glotte se ferme spasmodiquement; si l'air s'échappe des poumons, la respiration, qui est alors suspicieuse et très-bruyante, s'effectue en faisant entendre un bruit et une sorte de sifflement qui est dû au pas-

sage de l'air à travers les dents et qui, se mêlant à la salive sécrétée en abondance, produit l'écume épaisse qui inonde la bouche. La circulation est aussi très-irrégulière, et les pulsations du pouls deviennent si faibles et si désordonnées que, par instants, il y a une véritable suspension des battements du cœur. Du reste, pendant toute la durée de l'accès, la sensibilité est nulle, l'intelligence disparaît complètement, enfin la lumière, le son, ne sont plus perçus, et la peau est insensible aux plus vives excitations. Tous ces phénomènes se prolongent pendant quelques minutes; puis, peu à peu, la respiration et la circulation reprennent leur rythme habituel: il est bon de dire que la fin de l'attaque s'annonce par la chaleur de la peau et une sueur générale, et surtout par le ralentissement des convulsions qui deviennent alors plus violentes, mais plus rares et plus éloignées.

Un état de stupeur, un brisement et une résolution à peu près complète des membres, la perte momentanée de l'intelligence, des facultés sensoriales et de la mémoire, une somnolence apoplectique accompagnée d'un ronflement stertoreux, interrompu par des plaintes, enfin l'absence complète de souvenir de ce qui s'est passé, succèdent ordinairement aux mouvements convulsifs qui constituent l'éclampsie.

La durée de l'attaque est variable depuis trois jusqu'à cinq, et même dix minutes, mais nous doutons qu'elle puisse se prolonger dix heures sur vingt.

quatre, ainsi que *Levret* en rapporte un exemple. Presque toujours les accès sont multipliés, mais après chaque accès la torpeur et le sommeil sont plus longs et plus considérables, et deviennent d'autant plus prononcés qu'ils se répètent plus souvent; dans quelques cas ils peuvent se reproduire à des époques déterminées. *Baudeloque* parle d'une dame dont les accès eurent lieu deux fois par jour pendant douze jours de suite; il ajoute que ces accès se prolongèrent chaque fois trois heures et demie, ce qui nous fait supposer que ce célèbre accoucheur s'est peut-être trompé sur la nature des convulsions. Les attaques ne pourraient se prolonger longtemps sans tuer la femme; du reste, elles peuvent se succéder de cinq en cinq minutes, de quart d'heure en quart d'heure, ou être séparées par un ou plusieurs jours d'intervalle.

En général, cette affection se termine par la mort, dans la moitié des cas; par le retour à la santé, ou bien elle peut être suivie de maladies plus ou moins graves. La mort a lieu quelquefois pendant l'accès ou pendant la torpeur; on a vu des femmes succomber pendant la première ou la seconde attaque. L'histoire rapporte que la duchesse de *Beaufort* succomba à un deuxième accès dont elle fut prise étant enceinte, au moment où elle écrivait au roi *Henri IV*. Le retour à la santé peut être plus ou moins rapide, mais il est presque toujours graduel; cependant un accès

peut avoir lieu sans laisser d'accidents. Enfin, les maladies qui peuvent faire suite aux convulsions éclamptiques sont la rupture de la matrice, accident promptement mortel; la métrite-péritonite, la paralysie ou le simple engourdissement des membres, le trouble de l'intelligence et des sensations, la manie, la démence, l'amaurose, la surdité, la céphalalgie, la perte plus ou moins complète de la mémoire. Il est bon de dire que tous ces désordres peuvent ne durer que quelque temps ou se prolonger indéfiniment.

Le pronostic de cette affection est grave pour la mère et pour l'enfant. Il est plus grave chez les femmes primipares, surtout celles qui sont avancées en âge; chez celles qui ne sont pas sujettes aux convulsions, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, etc; le pronostic est plus grave chez les femmes qui sont infiltrées, et l'on a observé que l'éclampsie était plus fâcheuse dans les hôpitaux que dans les maisons particulières, et qu'il en était ainsi de celle qui se manifestait avant le terme de la grossesse, parce qu'elle présentait tous les dangers de l'avortement. Celle qui a lieu à terme et avant le travail offre aussi plus de dangers que celle qui survient pendant la durée de l'accouchement ou vers sa fin, et celle-ci est plus funeste que celle qui est produite après l'expulsion du fœtus, pendant ou après la délivrance. Enfin le pronostic sera d'autant plus grave que l'éclampsie se déclarera à une époque moins avancée de la grossesse, puis-

que, dans ce cas, les attaques pourront avoir une durée aussi longue que la grossesse elle-même. Du reste, la maladie est d'autant plus à redouter que les accès sont plus rapprochés, plus nombreux, plus intenses, plus longs, et que la stupeur est plus profonde et persiste plus long temps. Nous ajouterons qu'il est de bon augure, de voir des moments lucides succéder au coma dans les intervalles des accès.

La mort de l'enfant est aussi une conséquence très fréquente de l'éclampsie, et le danger est d'autant plus grand pour lui que les attaques sont plus violentes et plus souvent répétées. Cependant sa vie est moins en danger si les accès ont lieu avant le travail. D'ailleurs les enfants qui naissent de femmes éclamptiques sont plus exposés que les autres à mourir de convulsions, parce qu'ils viennent au monde avec les symptômes de congestion cérébrale, et qu'ils se trouvent à peu près dans les conditions de ceux qui sont nés avec compression du cordon.

L'autopsie donne bien rarement une explication satisfaisante de la gravité des symptômes; dans la grande majorité des cas, on ne trouve aucune lésion qui explique le trouble profond du système nerveux. Chez les femmes qui ont succombé pendant l'accès, on trouve quelquefois des traces de congestion cérébrale, des engorgements des veines et des sinus encéphaliques, des épanchements sanguins et plus souvent séreux, si la vie s'est éteinte au milieu de la stu-

peur. Les viscères des autres cavités splanchniques ne présentent aucune altération qu'on puisse attribuer à la maladie. Ici, comme dans toutes les névroses, l'altération matérielle nous échappe.

Le *diagnostic* de l'éclampsie est facile à établir, car d'après les phénomènes que nous avons reconnus aux convulsions épileptiformes, etc., il sera toujours possible de les distinguer des affections qui présentent quelques symptômes analogues. Ainsi, les convulsions éclampsiques sont caractérisées par des mouvements peu étendus, concentrés, ayant lieu par petites secousses et se terminant constamment par la stupeur et par un état comateux. Avec ces caractères, on ne peut les confondre avec l'hystérie. Il est vrai que quelquefois il y a confusion de ces deux ordres d'accidents ; mais la gravité et les indications sont toujours les mêmes, car il se fait dans ce cas une transformation des symptômes hystériques en ceux qui caractérisent l'éclampsie. Les accès de l'hystérie commencent ordinairement par des sanglots, par un sentiment de constriction à la gorge, et consistent dans de grands mouvements du corps ; ils se terminent par des pleurs, par des cris, sans écume à la bouche, sans altération de la face, sans stupeur. Les accès cataleptiques sont caractérisés par une rigidité musculaire, sans mouvements convulsifs, sans stupeur consécutive, et sans altération de l'intelligence après l'attaque. Du reste, la catalepsie est plus fréquente

pendant la grossesse que durant le travail, pendant lequel elle se suspend ; elle ne compromet d'ailleurs ni la mère ni l'enfant. Les accès tétaniques ont pour caractères une rigidité musculaire permanente et douloureuse d'une ou plusieurs parties, ou de la totalité du corps, sans altération des facultés intellectuelles et sensoriales. Ces accès sont extrêmement rares dans le travail ; on n'a vu qu'une femme y succomber.

L'épilepsie est la maladie qui ressemble le plus à l'éclampsie, il n'y a même de différences entre elles que dans la cessation de l'attaque ; la stupeur est plus prolongée et beaucoup plus prononcée dans l'éclampsie ; d'ailleurs, l'état de grossesse, et la non-existence des accès avant cet état qui fait cesser ordinairement l'épilepsie, sont des circonstances qui doivent faire reconnaître l'éclampsie. On ne pourra pas non plus confondre la stupeur éclampsique avec l'apoplexie, qui n'est pas précédée de convulsions et qui est accompagnée de paralysie persistante. Nous ajouterons encore qu'il est également facile de distinguer les convulsions puerpérales de celles qui suivent les grandes hémorrhagies.

Le traitement de l'éclampsie doit être modifié suivant que les accès ont lieu pendant la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement.

Pendant la grossesse. Si le médecin arrive pendant l'accès, loin de rester spectateur passif, il doit faire contenir convenablement la malade par des ai-

des intelligents, de manière à ne pas réprimer trop fortement ses mouvements; puis, lorsque la bouche s'ouvre et se ferme avec force, il doit chercher à faire rentrer et à contenir avec les doigts dans cette cavité la langue rejetée au dehors, qui dans cette position pourrait être largement déchirée. Si l'on avait la crainte d'être mordu, on pourrait se servir d'un morceau de liège fin; mais on ne devra jamais introduire dans la bouche une cuillère, comme la plupart des médecins le font; il sera bon aussi de recourir à la compression des artères carotides et à des affusions d'eau froide sur la figure, surtout si l'on arrive pendant les prodromes d'un accès, auxquels on opposerait aussi avec avantage la saignée générale et des sangsues au cou, aux tempes et à l'épigastre, qui est ordinairement le siège d'une maladie plus ou moins vive.

C'est surtout après l'accès que le médecin peut agir avec avantage; la saignée convient dans l'éclampsie franche, non seulement chez les femmes pléthoriques, mais même chez celles qui sont infiltrées, avec cette différence seulement qu'elle doit être plus abondante chez les premières. La saignée du bras sera toujours préférée à celle de la jugulaire et de la temporale, qui exigent une compression qui met obstacle au retour du sang, et à celle du pied qui est le plus souvent impraticable à cause de l'infiltration des membres inférieurs. La quantité de sang que l'on doit tirer est entre 20 et 40 onces; 25

à 30 onces pour la moyenne, 20 pour le minimum et 40 pour le maximum. Quoique *Hamilton* et *Dewees* portent la dose du sang tiré de 40 à 50 et même à 100 onces, on ne devra que très-rarement dépasser la quantité que nous venons d'indiquer. On pourra, si les symptômes ne diminuent pas, renouveler la saignée, une deuxième et même une troisième fois dans la journée; mais ces saignées devront être beaucoup moins fortes que la première. Les émissions sanguines, surtout les applications de sangsues à la nuque, au cou, aux régions temporales, seront également utiles; mais on ne devra y recourir que comme à un moyen auxiliaire et devant être substitué à une seconde ou une troisième saignée générale, mais jamais comme à un moyen primitif.

A la saignée il est bon d'associer les dérivatifs sur le canal intestinal, au moyen de purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, le calomel seul ou uni au jalap, à la dose de 5 à 10 grains, enfin le sulfate de soude ou de magnésie. *Mauriceau* employait le séné avec le jus d'une orange; *Delamotte* conseillait la rhubarbe, la manne, le sirop de nerprun, et *Merrimann* prescrivait une pilule de cinq grains de calomel, et ensuite une solution de sels purgatifs, toutes les trois ou quatre heures, en y joignant des lavements laxatifs. Si la stupeur s'opposait à l'ouverture de la bouche, on donnerait ces purgatifs en lavements. Les vomitifs ne seraient prescrits que dans le cas où